

ставляет бюджет текущих расходов, 45,0 млн. рублей – платные услуги, 41,8 млн. рублей на финансирование целевых программ.

Основными задачами бюджетной политики на 2005 год являются:

- приблизить финансирование отрасли к расчетному, нормативному;
- эффективное, рациональное использование имеющихся средств;
- политика должна быть ориентирована на понимание возможностей бюджета и приоритетов в расходах;

- оптимизировать финансовые расходы, внедрение ресурсосберегающих технологий;
- завершить переход к подушевому принципу финансирования;
- дальнейшее улучшение потенциалов, ресурсов здравоохранения;
- совершенствование системы управления и обеспечение хозяйственной самостоятельности.
- привлечение дополнительных инвестиций в здравоохранение.

## REGIONAL FEATURES OF REALIZATION OF THE PROGRAM OF THE STATE GUARANTEES

J.B.Tsyrempilov, D.B.Rabdanova  
(Ministry of Health of Republic Buryatiya)

The Program of the state guarantees gives the certain stabilization of financing of public health services and provides availability, quality of medical aid to the population. In Republic Buryatiya the Program of the state guarantees is approved with low financial providing, and has regional feature.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении. – М.: Гаэтар-мед, 2001. – 197 с.

2. Таранов А.М., Лакунин К.Ю., Чавпецов В.Ф. Сельское здравоохранение в условиях обязательного медицинского страхования. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2000. – 69 с.

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю., БОЛЬШЕДВОРСКАЯ О.А., БЕЛЬКОВА Е.М., БОЛДАРЕВА Н.С. –

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Н.Ю. Казанцева, О.А. Большедворская, Е.М. Белькова, Н.С. Болдарева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В.Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А.Горяев)

**Резюме.** Проанализированы 119 историй болезни с «вероятным» диагнозом ревматоидного артрита, лечившихся в Иркутском городском ревматологическом отделении в 1999-2003 годах. Ретроспективный анализ показал, что у половины больных уже при первой госпитализации можно было поставить диагноз раннего ревматоидного артрита и начать прием «базисных» препаратов.

**Ключевые слова.** Ревматоидный артрит «вероятный», ранняя диагностика, ретроспективный анализ историй болезни.

Патология костно-мышечного аппарата стоит в ряду наиболее значимых медицинских проблем с выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни отдельных индивидуумов и их семей [3]. Более половины больных РА через 10 лет от начала заболевания вынуждены оставить работу из-за развившейся инвалидности [2]. Частота заболеваний костно-мышечного аппарата возросла в России за последние 5 лет на 21%, временная утрата трудоспособности занимает 2-3 место [3]. Особенно большое медицинское и социальное значение имеет РА, распространенность которого составляет от 0,5 до 1% всего населения, а экономические потери сопоставимы с ИБС [1,4].

Проблема точной ранней диагностики РА в настоящее время особенно актуальна. Эта проблема вызывает интерес во всем мире, что нашло отражение в создании специальных клиник раннего артрита [4]. Российская программа в рамках международной декады болезней костно-суставной системы «Ранний артрит, диагностика, исход, критерии активности, лечение (РАДИКАЛ)» создана для объединения усилий ревматологов различ-

ных клиник России в области изучения раннего артрита. Научные и лечебные учреждения, участвующие в данной программе, являются независимыми центрами ГУ Института ревматологии РАМН, последний играет роль координирующего центра.

РА – центральная проблема ревматологии, что объясняется, прежде всего, поражением лиц молодого трудоспособного возраста [5]. Важным аспектом диагностики РА является раннее распознавание болезни. Купирование воспаления в ранней фазе болезни позволяет затормозить прогрессирование суставной патологии и предупредить развитие внесуставной патологии и осложнений, таких как амилоидоз и асептический некроз суставов [2,5].

Типичная клиническая картина РА формируется у большинства больных не ранее 6-12 месяцев от начала болезни и начатая в это время модифицирующая антиревматическая терапия нередко оказывается недостаточно эффективной [4].

Целью работы явилось определение прогностически значимых проявлений РА в дебюте заболевания.

## Материалы и методы

Было проанализировано 119 историй болезни больных с «вероятным» РА, лечившихся в Иркутском городском ревматологическом отделении в 1999-2003 гг.

В 2004 г. эти больные были вновь обследованы авторами, большинство из них в 2001-2003 гг. повторно поступили в ревматологическое отделение. Диагнозы РА верифицированы по критериям Американской Коллегии Ревматологов. Диагноз РА был подтвержден у 113 (90,5%) больных, (определенный РА), у 5 – остеоартрит, у 1 – СКВ.

## Результаты и обсуждение

Среди больных с «вероятным» РА преобладали лица женского пола (жен. – 70, муж. – 43), средний возраст

Таблица 1

Характеристика «вероятного» у больных ревматоидного артрита (n – 113)

Показатели	Частота встречаемости признаков	
	n	%±m
Пол:		
мужской	43	38±4,56
женский	70	61,9±4,55
Возраст:		
до 30 лет	7	6,1±2,23
30-50 лет	102	90,2±2,79
>50 лет	4	3,5±1,73
Начало:		
острое	107	94,6±2,12
постепенное	6	5,3±2,11
Дебют суставного синдрома:		
- моноартрит	9	7,9±2,54
- олигоартрит	4	3,5±1,73
- полиартрит	100	88,4±3,01
Связь начала РА с инфекцией:		
- с переохлаждением	18	15,9±3,44
- стрессом	20	17,7±3,59
- неизвестна	5	4,4±1,93
Утренняя скованность:		
- не отмечали	11	9,7±2,78
- до 60 минут	49	43,3±4,66
- более 60 минут	53	46,9±4,69
СОЭ:		
- нормальные показатели	18	15,9±3,44
- до 30 мм/ч	43	38,0±4,56
- более 30 мм/ч	52	46,0±4,69
Наличие РФ в крови	50	44,2±4,67

больных составил 49,9±8,52 года (табл. 1). Длительность заболевания в среднем составила 5,7 месяца. Больные имели признаки преимущественно 2-3 степени активности. Серопозитивных по ревматоидному фактору (РФ) было 50 больных, и все они нуждались в назначении активной терапии. Связывали свое заболевание с ОРВИ 18 больных, в среднем через 3-4 недели у них появились боли и припухлость суставов. С переохлаж-

дением связали начало заболевания 20 больных. Остальные ни с чем не связывали свое заболевание (табл. 1). Дифференциальный диагноз проводился в основном с псориатическим артритом у 7 больных, с анкилозирующим спондилоартритом – у 6, с остеоартрозом – у 10, реактивными артритами – у 9, у остальных не проводился.

Ревматоидный артрит начинался с моно-олигоартрита у 13 больных. Артриты у этих больных локализовались преимущественно в коленных, лучезапястных и плечевых суставах. С симметричного полиартрита мелких суставов кистей, стоп и лучезапястных дебют наблюдался у 53 больных. Наиболее часто полиартрит проявлялся вовлечением в процесс одновременно коленных, лучезапястных и мелких суставов кистей рук у 16 (30,0%) больных, а симметричный артрит лучезапястных суставов – у 42 (37,1%).

Утренняя скованность на протяжении 60 мин. и более установлена у 53 (44,5%) больных. Высокая лабораторная активность проявлялась у 52 (46%) ускоренной СОЭ более 30 мм/час и повышением уровня РФ i 160 – у 50 (44,2%). Наблюдаемые у больных клинические проявления у всех оценивались по критериям Американской Коллегии по Ревматологии (АКР) (1997 г.) как в 1999-2003 годах, так и в 2004 году. Ретроспективный анализ показал, что у 49 больных с «вероятным» РА можно было уже в 1999-2003 гг. поставить диагноз «определенного» РА, т.е. диагноз раннего РА. У этих больных определялись 4 из 7 критериев АКР и дополнительно к этому ускоренная СОЭ и положительный тест СРБ. Диагноз «определенного» РА у этих больных был выставлен с опозданием на 1-2 года. В дебюте заболевания к наиболее значимым проявлениям РА относили (табл.2): артрит 3-х и более суставов – 43 (89,5%) чел., артрит суставов кисти – 45 (93,7%), высокое значение РФ в крови – 30 (62,5%), симметричный артрит – 47 (97,9%), повышение СОЭ и СРБ – 48 (100%).

Сравнивая наши данные о частоте отдельных критериев АКР у больных с ранним РА, следует отметить, что по литературным данным утренняя скованность, симметричный артрит наблюдаются также часто как у нами исследуемых [5,6,7].

По данным разных исследователей серопозитивность в дебюте заболевания выявляется в 45-50% случаев (6,8), а по материалам Т.С.Сальниковой [5] даже – в 93,3%, что сопоставимо с нашими данными. I.M.Kim и K.Kaarela [8,9] считают, что в дебюте РА, как правило, наблюдается высокий уровень СРБ и СОЭ, что установлено и нами.

Всем больным проводилась рентгенография кистей стоп и пораженных суставов, части из них с целью дифференциальной диагностики с серонегативными спондилоартритами – рентгенография крестцовоподвздошных сочленений и позвоночника. У большинства больных на рентгенограммах был обнаружен околоуставной остеопороз и сужение суставной щели. Костные эрозии выявлены только у 2-х больных. Ревматоидные узелки встречались тоже очень редко (у 3-х больных).

Ретроспективный анализ 65 историй болезней больных показал, что еще при первичном их поступлении в стационар (1999-2003 гг.) можно было поставить только диагноз «вероятного» РА. Диагноз «определенного» РА был выставлен этим больным через 1-3 года. Каких же критериев АКР чаще всего не хватало для постановки ди-

Таблица 2

Частота встречаемости диагностических критериев среди исследуемых при раннем ревматоидном артрите (n = 48)

Критерии	Частота встречаемости критериев у больных	
	n	% (доверительный интервал)
1. Утренняя скованность $\geq 60$ минут	34	70,8 (57,8-83,8)
2. Артрит 3-х и более суставов >6 недель	43	89,6 (80,8-98,4)
3. Артрит суставов кистей >6 недель	45	93,7 (86,7-100,7)
4. Симметричный артрит >6 недель	47	97,9 (93,9-101,9)
5. Наличие ревматических узелков	3	6,2 (0,7-13,1)
6. Наличие ревматоидного фактора в сыв. крови	30	62,5 (48,6-76,4)
7. Рентгенологические выявления костных эрозий	2	4,1 (1,6-9,8)
8. Ускоренная СОЭ	48	100,0
9. Высокий уровень СРБ	48	100,0

## A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF POSSIBILITY OF AN EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS DIAGNOSIS

N.Yu. Kazantseva, O.A. Bolshedvorskaya, E.M. Belkova, N.S. Boldareva  
(Irkutsk State Medical University)

119 case histories with the probable diagnosis of rheumatoid arthritis treated in Irkutsk Municipal Rheumatological Center in 1999–2003 years have been analysed. The retrospective analysis has shown that in half of patients already at the first hospitalization it was possible to put the diagnosis of an early rheumatoid arthritis and to start the treatment with disease-modifying anti-rheumatic drugs.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. — М.: Медицина, 1988. — С.27-45.
2. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Ревматические болезни. — М.: Медицина, 1997. — С.257-304.
3. Насонов Е.Л. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям // Русс. мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.3.
4. Насонов Е.Л. Почему необходима ранняя диагностика и лечение РА? // Русс. мед. журнал. — 2002. — № 22. — С.1009-1012.
5. Сальникова Т.С., Балабанова Р.М. К вопросу о ранней диагностике ревматоидного артрита // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 2. — С.7-10.
6. Gordon D.A. Complicating factor in the diagnosis and management of rheumatoid arthritis // I. Rheumatolog. — 1999. — Vol. 28, № 112. — P.12-14.
7. Hulsemann I.L., Zeidler H. Diagnostic evaluation of classification criteria for rheumatoid arthritis and reactive arthritis in an early synovitis outpatient clinic // Ann. Rheum. Dis. — 1999. — № 58. — P.278-280.
8. Kaarela K. Prognostic factors and diagnostic criteria in early rheumatoid arthritis // I Rheumatolog. — 1985. — № 57. — P.1-54.
9. Kim I.M., Weisman M.N. When does rheumatoid arthritis begin and why do we need to know? // Arhr. Rheum. — 2000. — Vol. 43, № 3. — P.473-484.

## СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© БЕЛОБОРОДОВ В.А. —

### «ДВУХФАЗНЫЙ» РАЗРЫВ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА

В.А. Белобородов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В.Малов; кафедра общей хирургии, зав. — проф. С.Б. Пинский)

**Резюме.** Описано редкое клиническое наблюдение «двухфазного» разрыва опухоли надпочечника.

**Ключевые слова.** Опухоль, надпочечник, разрыв, кровотечение.